

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

307

PAR
Maurice LENEMAN
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 14 janvier 1905, à Varsovie (Pologne)

Contribution à l'Étude
de la Syphilis de l'ombilic

Président : **GOUGEROT**, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43, Rue Madame, 43
PARIS
1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice LENEMAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 14 janvier 1905, à Varsovie (Pologne)

Contribution à l'Étude de la Syphilis de l'ombilic

Président : GOUGEROT, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

1933



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LYREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE. MAUCLAIRE. MULON. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
GIDOU	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI . .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DUVOIR		MOCQUOT	
		SCHWARTZ	
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	} Clinique obstétricale.
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	
		GUÉNIOT.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE, TOBIE LENEMAN

A MA MERE

A MA FEMME,
Externe des Hôpitaux de Paris

A MON FILS

A MES FRERES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. le Professeur GOUGEROT,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique
des Maladies Cutanées et Syphilitiques
à la Faculté de Paris,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse. Témoignage d'admiration et de reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DE MONTPELLIER

Stage :

1924 — M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

1925 — M. le Professeur GOSSET

M. le Professeur DUCAMP

1926 — M. le Professeur ESTOR

M. le Professeur MOURE

1927 — M. le Professeur TRUC

M. le Professeur MASSABUAU

Externat :

1928 — M. le Professeur J.-L. FAURE

1929 — M. le Professeur GOUGEROT

1930 — M. le Docteur PRUVOST, Médecin des Hôpitaux.

Aux Docteurs JACQUES DELARUE,
Chef de Clinique à la Faculté,

et PAUL BANZET
Chirurgien des Hôpitaux,

*Dont les inoubliables conférences de
préparation à l'Internat des Hôpitaux
m'ont donné le goût du travail, et dont
l'amitié m'honore.*

Au Docteur PAUL BLUM,
Chef de Clinique à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Qui nous a inspiré ce travail.

Le Docteur Paul Blum eut l'attention récemment
attirée par un chancre de l'ombilic.

Il nous inspira le sujet de cette thèse et nous aida
avec beaucoup de bienveillance à son élaboration.
Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous nous proposons de réunir dans une étude d'ensemble toutes les manifestations syphilitiques, acquises ou congénitales, qui peuvent se rencontrer sur la cicatrice ombilicale.

Nous verrons que, si le chancre de l'ombilic est très rare; si les plaques muqueuses de l'ombilic ne sont qu'un épiphénomène au cours de la syphilis secondaire; si la syphilis tertiaire ne se voit à l'ombilic que dans la syphilis congénitale, néanmoins, ces lésions existent et, méconnues, pourraient créer des difficultés de diagnostic énormes et, partant, des erreurs de thérapeutique. Nous verrons aussi combien est ardu, mais non sans intérêt, le problème pathogénique que pose notamment l'ulcère syphilitique chez le nourrisson.

CHAPITRE PREMIER

SUR LA SYPHILIS PRIMAIRE DE L'OMBILIC

Données statistiques.

Alfred Fournier a vu 4 chancres de l'ombilic pour 1.124 chancres extra-génitaux. Il ne décrit qu'un seul cas, et ceci très succinctement. « Il s'agit, dit-il, d'une fille galante remarquablement obèse, et dont la région ombilicale était saillante; le chancre figurait une sorte d'entonnoir érosif. »

En comptant tous les cas décrits ou cités depuis la fin du XIX^e siècle, on arrive à un total de 28 chancres de l'ombilic, plus ou moins authentiques, qui se répartissent ainsi dans l'ordre chronologique :

Bloom (Amérique), 1876	1 cas
Leloir (France), 1886	1 cas
Fournier (France), 1900.....	1 cas

Cullen (Amérique) 1912.....	12 cas
— — 1914.....	3 cas
Fisher (Australie), 1914	1 cas
Pernet (Angleterre), 1917	1 cas
Seigneira (Angleterre), 1917	1 cas
Guggenheim (Allemagne), 1922..	1 cas
Darcourt (France), 1925	1 cas
Wolf (Amérique), 1927	1 cas
Blum P. et Metzger A. (France), 1931.	1 cas
Total.	28 cas

Notis citons ci-dessous « in extenso » les 5 observations détaillées que nous avons pu trouver dans toute la littérature médicale et dont les auteurs ont tous trouvé du *tréponème pâle* dans la lésion et un *B. Wassermann* positif dans le sang. Dans un seul cas (Guggenheim), qui se rapporte d'ailleurs à un nourrisson, le chancre fut observé à la période pré-sérologique, puisque l'examen à l'ultra-microscope fut concluant 5 semaines avant l'apparition du *Wassermann* dans le sang.

Observation I

G. PERNET, *Proc. of Royal Soc. Med.*, London, 1917-1918.

Le malade est un jeune homme de 24 ans, soldat démobilisé, venu à l'hôpital du « West-London », le 28 août 1917. Il s'était d'abord présenté à une consultation des voies digestives et on lui avait déclaré « qu'il s'était trompé de chemin ».

Je lui trouvai à l'ombilic une lésion « en dôme », proéminente, avec une ulcération déprimée occupant le centre. A son milieu, l'ulcération était fissurée, et la pression en faisait sortir un liquide purulent. Son diamètre dépassait 1 cm. et sa hauteur, au-dessus du niveau de la peau, atteignait 1/2 cm. Cela avait commencé cinq semaines auparavant et présentait une induration marquée. Mon diagnostic fut celui d'accident primitif, ce qui fut confirmé par un examen plus complet. Importantes adénopathies inguinales et surtout crurales. Les ganglions sternomastoïdiens et sous-maxillaires étaient également typiques. Il n'y avait pas de ganglions axillaires très marquée. La langue était exulcérée, ainsi que le pharynx. On trouvait de petites macules pigmentées autour de cou et sur le tronc (syphilides secondaires en évolution). On en trouvait aussi sur le bras gauche, mais pas sur le droit. La main droite était « en griffe », présentant de l'atrophie musculaire, qui existait aussi à l'avant-bras, conséquence d'une blessure ayant intéressé les nerfs. Enfin, les organes génitaux ne présentaient rien d'anormal.

Le diagnostic de syphilis primaire de l'ombilic était évident; mais, pour convaincre les sceptiques, l'exsudat ombilical fut examiné à l'ultra-microscope. Le Docteur S... G... y trouva des *tréponèmes*. En outre, le Wassermann était *positif*. Ce cas est instructif, vu sa rareté et le relief que présentait la lésion. Le malade a reçu 3 injections intraveineuses de galyl et aussi du mercure, et en tira un grand bénéfice. La lésion primaire avait disparu, mais on peut encore constater un peu d'induration. »

Observation II

GUGGENHEIM, *Zeitschrift von Kinderh.*, 1932.

« M. K..., né le 10 octobre 1921, est présenté à la consultation du 20 octobre 1921. Bon état général. Tonicité musculaire normale. Pannicule adipeux du visage et des cuisses appréciable. Nez indemne. Bouche, gorge, normales. Rien au cœur. Rate impalpable. Foie à 2 travers de doigts des fausses côtes. Organes des sens normaux. Taille 51 1/2. Poids : 3.260. L'enfant pousse jusqu'à présent normalement. Le 18 novembre 1921, c'est-à-dire à la 6^e semaine de sa vie, on trouve à la cicatrice ombilicale une légère infiltration du rebord cutané, avec, au centre, une légère rougeur. Sur celle-ci on remarque un enduit fibri-neux, jaunâtre. Ces modifications inflammatoires de l'ombilic, vu la fausse membrane, nous font penser tout d'abord à la diphtérie. Mais absence de bacilles de Löffler. En attendant l'infiltration fait des progrès, devient une véritable induration et la rougeur

augmente. L'enduit diphtéroïde s'accroît. En présence de cette ressemblance à une ulcération syphilitique, on pratique le 24 novembre 1921 un prélèvement avec coloration à l'encre de Chine. Présence de *Spirocheta Pallida*, mais réaction de Wassermann négative dans le sang!

Le 26 novembre — à la 7^e semaine de sa vie — l'enfant présente à l'ombilic une lésion qui a manifestement l'aspect d'un *accident primaire*, tel que nous le voyons dans la syphilis acquise. C'est une exulcération cratériforme, à exsudat sanieux, et dont les bords forment une sorte de bourrelet très induré. Au-dessous de l'arcade crurale gauche, on sent un *ganglion dur*, indolent, de la grosseur d'une fève. L'état général de l'enfant est bon, le poids a régulièrement progressé à 3.900. Facies rosé, frais. Mais, avec rapidité, s'installent d'autres manifestations syphilitiques, et nous suivons anxieusement leurs progrès.

A partir du 4 décembre 1921, le chancre fut traité par la poudre de calomel (?) et, dès le 10 du même mois, tendait vers la guérison. Le 6 décembre 1921, coryza aigu, arrêt de la courbe du poids. La respiration nasale est gênée. Pas de bacilles de Löffler dans les sécrétions nasales. Le 23 décembre 1921, la lésion ombilicale est guérie, laissant une desquamation. Les ganglions inguinaux diminuent. La rate n'est pas palpable. L'enchifrènement nasal persiste. Le 31 décembre 1921, donc à la 11^e semaine de la vie de l'enfant (et 5 semaines après l'apparition de l'accident primaire), le Wassermann devient positif. La rate de-

vient en même temps palpable. Accès d'enrouement. Autour de la bouche, de petites fissures apparaissent. La peau devient d'une pâleur cireuse. Le poids est toujours à 3.900. A partir du 6 janvier 1922, l'enfant refuse le biberon. Des fissures apparaissent autour des narines. La narine gauche est par moments complètement obstruée; sa muqueuse est pâle, épaissie; le nez commence à se déformer « en selle ». Le poids reste toujours stationnaire. Fièvre rémittente. Le 15 janvier 1922, apparition de dyspnée avec aphonie. Nez complètement effondré, « en selle ». Violente rhinite purulente. Le 16 janvier 1922, mort après signes de broncho-pneumonie avec chute brutale du poids.

A l'autopsie. — Nez « en selle ». Muqueuse nasale œdématisée. Périsplénite. Foie ferme. Ulcérations non inflammatoires des cordes vocales. Epiglote épaissie. Broncho-pneumonie du lobe droit. Pleurésie fibreuse. Le fémur, qui semblait présenter macroscopiquement quelques indices d'ostéochondrite syphilitique, fut confié au Professeur P..., qui ne put affirmer la nature syphilitique des lésions. Tout au plus l'image radiographique pouvait-elle faire penser à la syphilis (irrégularité, insignifiante d'ailleurs, de l'interligne diaphyso-épiphysaire). Au foie, ni spirochètes, ni preuve histologique de syphilis. Rate, reins aucun indice de syphilis.

Les antécédents héréditaires constatés ultérieurement démontrèrent que : la mère, au moment de la maladie de son enfant, se trouvait en traitement à la section dermatologique de la Maison de Virchow, pour une *syphilis secondaire* en pleine efflorescence, avec

des maculo-papules éclatantes et un Wassermann positif. Agée de 26 ans, elle avait eu six grossesses. De ses enfants est en vie le premier-né (21-8-1914), et apparemment en bonne santé. Le 2^e mourut à l'âge de 7 semaines; le 3^e mourut à l'âge de 4 mois; le 4^e à l'âge de quelques semaines et le 5^e à 11 mois. Nous avons relaté ci-dessus l'histoire du 6^e. Cette femme aurait toujours été bien portante, et ce n'est qu'en février 1922 qu'elle avait remarqué des taches sur son corps, qu'elle avait négligé de faire examiner.»

Observation III

J. DARCOURT. *Marseille Médical*. 1925.

« J... E..., âgé de 24 ans, chauffeur, consulte à l'Hôpital de la Conception, le 11 décembre 1924, pour une petite tumeur de l'ombilic. Coût trois mois auparavant. La lésion, de la grandeur d'une demi-noisette, était rouge, surélevée, embrassant toute la partie droite de l'ombilic et recouverte d'un enduit fibrino-croûteux. En dépliant l'ombilic, l'ulcération apparaissait à fond rougeâtre et fissuraire. L'induration, à bords curvilignes, s'arrêtait net à 1 mm. de l'ulcération. Intégrité absolue du côté gauche de l'ombilic. Les plis à ce niveau ne sont si suintants ni ulcérés. Le malade présente en plus sur le tégument des lésions diverses. Sur les bourses et au niveau des régions inguino-crurales et génito-crurales, des syphilitides papuleuses; dans le sillon interfessier, une

grande quantité de syphilides papulo-hypertrophiques très suintantes; sur les bras et sur les cuisses, des syphilides papulo-squameuses; roséole typique sur l'abdomen, le thorax, les flancs; enfin, à la bouche, aux lèvres et aux bords de la langue, plaques muqueuses. Le système ganglionnaire participait à l'infection. Dans l'aîne, adénopathie dure, rénitente, non douloureuse (groupes inféro-interne, supéro-interne et supéro-externe). Partout ailleurs, ganglions hypertrophiés : épitrochléens, rétro-mastoïdiens, cervico-postérieurs. Mais, en outre, au bord inférieur de chacun des *grands pectoraux*, un *ganglion volumineux*, qui fait même saillie sous la peau (ganglion de Sorgius, inconstant, mais qui reçoit, quand il existe, les lymphatiques de la portion sus-ombilicale de l'abdomen et de l'ombilic lui-même). Ce malade offrait donc à considérer une syphilis secondaire (roséole, syphilides papuleuses, papules squameuses, hypertrophiques, plaques muqueuses). Restait à connaître la porte d'entrée : le chancre. Le malade nie formellement avoir eu un bouton ou une érosion quelconque sur la verge et, de fait, à son niveau on ne peut observer ni ulcération, ni parties plus ou moins indurées, ni même une pigmentation, si minime soit-elle. Les régions anale, buccale, explorées minutieusement, ne présentent également rien qui puisse faire penser à un accident primaire. Cependant, étant donné qu'il existait à cette date une roséole; que, normalement, cette roséole apparaît dans les syphilis non traitées (ce qui est notre cas) avant la cicatrisation complète du chancre, ce chancre ne peut

avoir disparu sans avoir laissé de traces encore cliniquement visibles. Or, on ne trouve rien et l'on arrive à envisager l'hypothèse d'un chancre au niveau de la petite tumeur ombilicale. »

Observation IV

M. WOLF. *New-Orleans*. 1928.

« Voici un cas de chance extra-génital qui, à mon avis, peut avoir de l'intérêt à cause de son siège. Il s'agit d'un nègre, soigné à Tanro, au mois d'août 1928. On avait posé le diagnostic de « granulome ulcéreux génital » à cause des caractères de la lésion, siégeant à la partie supérieure du pénis, au point de jonction avec l'abdomen, et accompagnée d'un bubon dans l'aîne gauche. On rechercha sans succès dans le frottis les corps de Douvain. Le Wassermann était négatif. Le traitement au tartrate d'émétine, institué le 15 avril et prolongé jusqu'au milieu de juillet, ne donna pas de résultats, et malheureusement les lames, envoyées au laboratoire pour la recherche du tréponème, ne firent pas l'objet d'un rapport. Le 23 août, le malade allait beaucoup mieux. Quand je le vis le 10 novembre, il présentait une lésion, en partie cicatrisée, au bourrelet de l'ombilic, et une autre, complètement cicatrisée, à la base du pénis. Je rassemblais à ce moment-là plusieurs cas de « granulome ulcéreux » pour les discuter au congrès de la « Southern Medical Association » et déjà je ne pensais plus

à mon malade. Mais voici qu'il revient le 22 novembre, non guéri, et il me rappelle qu'un léger traitement au Salvarsan fait en août et septembre donna plus de résultat qu'aucune autre médication antérieure; je fais refaire un Wassermann qui est encore négatif. Je le revois le 26 novembre et le malade se plaint toujours de son ombilic. L'examen montre que les lésions du bourrelet sont complètement cicatrisées, mais il y a de l'œdème et un peu d'induration autour de l'ombilic, avec une ulcération au fond de l'ombilic. Des lames furent préparées avec la sérosité qui s'écoulait de la fossette ombilicale et celles-ci montrèrent du *tréponème pâle*. D'autres lames, préparées avec des éléments des lésions du bourrelet, ne contenaient ni corps de Douvain, ni tréponèmes. Je lui prescrivis de l'arsenic et les lésions ont complètement disparu dix jours après la 2^e série de piqûres. »

Observation V

Paul BLUM et A. METZGER. *Annales de Mal. Vénériennes*. 1931.

« Il s'agit d'un homme, et la porte d'entrée du tréponème a bien été l'ombilic, mais la lumière n'a pas été faite complètement sur le mode de contamination.

Le n° 108.633, C... F..., âgé de 35 ans, est envoyé d'abord à la consultation de chirurgie de l'un de

nous, puis dirigé par ses soins sur celle de la Clinique de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis, où nous pouvons l'examiner le 17 avril 1931.

Le malade présente comme unique symptôme une lésion ulcéreuse et végétante du sillon ombilical; en écartant le pli ombilical, on note à la surface externe du mamelon une érosion large de 1 cm. environ, suintante, non douloureuse, qui dure depuis un mois déjà. Les divers traitements qu'on a pu essayer, antiseptiques ou lotions, pansements, cautérisations au nitrate d'argent, pommade aseptique, n'ont pas amélioré la lésion. Nous faisons un examen à l'ultramicroscope de la surface érodée de cette exulcération, et nous avons la grande surprise d'y trouver *du tréponème*. La réaction de Bordet-Wassermann était *positive*. Nous pensions d'abord qu'il s'agissait d'une plaque muqueuse. Mais le malade ne présente en aucun point du corps, ni chancre en évolution, ni cicatrice de chancre guéri, ni ganglion vestige d'un chancre passé inaperçu. A peine découvre-t-on, sur le tronc et sur l'abdomen, des éléments suspects d'une éruption de roséole. Les ganglions, en rapport avec un supposé chancre, sont situés : l'un dans l'aisselle gauche, assez gros; l'autre dans l'aîne gauche : un petit ganglion dur, mobile, roulant sous le doigt.

L'affection en question était donc bien l'accident primitif. Nous soumettons immédiatement le malade au traitement intensif par le 914, et la lésion cicatrise rapidement.

L'origine de la contamination est délicate à établir. Le malade a eu une blennorrhagie, il y a quelques

mois, et il ne croit pas avoir pu prendre la syphilis à la même source. En vain, nous avons posé des questions insidieuses, pour trouver le mécanisme d'une contamination par un contact direct avec des lésions syphilitiques muqueuses : le malade nie. Nous n'avons pas, non plus, trouvé la preuve d'une contamination par une contagion indirecte (pansement, vêtement d'emprunt, cautérisation par un crayon de nitrate). Le malade affirme qu'il n'avait jamais eu d'eczéma, ni d'irritation de l'ombilic, avant l'apparition du chancre. L'origine du chancre reste donc mystérieuse; peut-être un interrogatoire plus serré, assez délicat, aurait donné l'explication de la contamination. »

*
**

En résumant les observations citées ci-dessus, on arrive à un tableau d'accident primitif de l'ombilic qui se distingue de l'accident primitif génital et même extra-génital par quelques particularités. On retrouve cependant les principaux signes cliniques habituels de l'accident primaire.



*Photographie d'un chancre syphilitique
de l'ombilic*

(Cas observé par P. Blum et A. Metzger)

*Photographie aimablement prêtée
par M. le Docteur Lévy-Bing*

Symptomatologie

Début. — Le début du chancre n'a été observé qu'une seule fois, la lésion n'attirant l'attention qu'à sa période d'état, et coïncidant alors avec les signes de syphilis secondaire. Le début de ce chancre s'était fait par l'apparition simultanée d'une légère rougeur à l'ombilic et d'une infiltration du bourrelet cutané. L'aspect en était inflammatoire.

Période d'état. — A la période d'état, on constate :

1° **Une érosion** qui, en règle générale, devient une véritable ulcération, rouge, non ou peu douloureuse, parfois fissurée, plus ou moins suintante, quelquefois purulente ou recouverte d'un enduit fibrineux. Jamais de croûte, comme cela se voit dans les chancres extra-génitaux cutanés. Dans l'ensemble, la lésion semble proéminente (voir photographie) et c'est en écartant les plis de l'ombilic que l'on voit au fond la surface érodée du mamelon ombilical;

2° **Une induration** toujours très marquée et longue à disparaître. La zone indurée dépasse généralement l'ulcération, mais peut respecter une partie de l'ombilic;

3° **Une adénopathie**, le plus souvent axillaire ou sous-pectorale, quelquefois inguinale. Les ganglions sont durs, rénitents, non douloureux. L'un d'eux est plus gros que les autres, parfois il est unique. Les autres adénopathies (épitrochléennes, sous-maxillai-

res) sont plutôt en rapport avec les manifestations de syphilis secondaire.

Evolution. — 1° **Non traité** ou traité comme une vulgaire plaie, le chancre ne se cicatrise pas et peut persister plusieurs mois; il risque d'être confondu avec d'autres signes de syphilis secondaire, qui ne manquent pas d'apparaître.

2° **Traité** par des arsenicaux (914, Galy), il disparaît rapidement. L'induration est la dernière à céder.

Tels sont les caractères cliniques du chancre ombilical; nous verrons, dans des chapitres à part, ce qu'il faut penser de sa pathogénie et comment on peut poser son diagnostic.

CHAPITRE II

SUR LA SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Les syphilides de l'ombilic nous retiendront peu, car elles coïncident toujours avec d'autres manifestations de syphilis secondaire (roséole, plaques muqueuses, céphalée, alopécie, etc.) et risquent peu de créer des erreurs de traitement. Elles pourraient, il est vrai, être confondues avec un accident primaire de l'ombilic, mais, même dans ce cas, l'erreur ne pourrait avoir de suites fâcheuses, la conduite à tenir étant dans les deux cas analogue. Leur intérêt est donc surtout doctrinal.

Les syphilides, improprement appelées « plaques muqueuses », se voient souvent à l'ombilic. Les muqueuses buccale, linguale, anale, pénienne et vulvo-vaginale mises à part, on peut dire que l'ombilic est le lieu de prédilection des « plaques muqueuses » siégeant sur le revêtement cutané. Là où la peau s'adosse à elle-même, où elle est fine, moite et riche en glandes sudoripares (ombilic, seins, aisselle, or-

teils), les syphilides muqueuses peuvent apparaître. Dans cet ordre d'idées, les plaques à l'ombilic sont plus fréquentes que sous les seins, que dans l'aisselle, et infiniment plus fréquentes qu'entre les orteils (Berdal).

Cliniquement

ce sont le plus souvent :

a) *Des syphilides érosives*, opalines ou rouges, sèches sur les bords de l'ombilic, suintantes dans le fond;

b) *Des syphilides papuleuses*, plates, dans lesquelles le tréponème fourmille. Ce sont enfin, plus rarement,

c) *Des syphilides hypertrophiques* « en pastille » ou formant une tumeur informe, au milieu de laquelle la cicatrice ombilicale disparaît. Elles secrètent dans ce cas un liquide abondant, fade, nauséabond.

Chez le nouveau-né,

une des manifestations de la syphilis congénitale peuvent être :

a) *Des syphilides maculeuses*;

b) *Des syphilides papuleuses*, et même,

c) *Des ulcérations serpigneuses* (Hutinel). Mais elles sont bien moins intéressantes à connaître que l'ulcère

syphilitique, du type tertiaire, qui fera l'objet du chapitre suivant.

Voici, à titre documentaire, une observation personnelle de syphilis secondaire chez l'adulte avec des plaques muqueuses de l'ombilic.

Observation VI

(prise personnellement en remplaçant

le Docteur A... H...)

M... V..., âgé de 58 ans, employé de banque, nous consulte le 28 février 1933 pour céphalée, plaques à la bouche et boutons sur le front. A l'interrogatoire, nous apprenons immédiatement que le malade porte depuis 3 mois environ un bouton à la verge, qui fut diagnostiqué et traité par un médecin comme un « bouton d'herpès ». Les différentes pommades appliquées n'ayant donné aucun résultat, le malade ayant appris, par ailleurs, que sa femme, plus jeune que lui d'une quinzaine d'années, était traitée depuis quelque temps à l'Hôpital Saint-Louis pour « une maladie héréditaire du sang », et voyant de nouveaux symptômes apparaître, s'inquiéta à juste titre et décida de demander un deuxième avis médical.

A l'examen, on trouve :

a) *A la verge* : une érosion caractéristique du sil-

lon balano-préputial, avec induration cartilagineuse et œdème du prépuce ayant déterminé un paraphimosis, assez serré. Dans l'aîne gauche, un énorme ganglion dur, indolent, d'un volume de petit œuf de pigeon, avec de nombreux satellites, beaucoup plus petits. Pas d'autres adénopathie. Par ailleurs, rien à l'anūs;

b) Dans la bouche et sur la muqueuse linguale : lésions arrondies, sèches, superficielles, dépapillées;

c) Sur l'ombilic : les papules sont plates, non suintantes, plus rouges que les autres papules, plus étalées aussi;

d) Par ailleurs, sur la peau du front et du tronc : éruption polymorphe papulo-squameuse, pâle. Rien au cou. Pas de roséole.

L'examen général ne montre pas de rate ou de foie augmentés de volume. Léger anneau d'albumine dans les urines. Tension au Vaquez 17-12. Le malade est sujet aux épistaxis. N'a aucune maladie à signaler, n'a jamais eu la syphilis.

Le *Bordet-Wassermann* pratiqué le 20-2-33 fut *positif*. Le malade subit 5 injections intraveineuses de cyanure de mercure (1 egr. pro die), suivies de 5 piqures de Novar, à doses progressives. A la dose de 0,75, apparition d'épistaxis et de prurit. En raison de l'âge et de la tension du malade, nous remplaçons le Novar par le bismuth. Depuis le 30 avril 1933, le Wassermann est négatif; il ne reste plus rien des

accidents primaires et secondaires, sauf un peu d'adénopathie inguinale gauche. Le malade n'a pas fait de réaction d'Herxheimer.

CHAPITRE III

SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE DE L'OMBILIC

A notre connaissance, on n'a pas signalé de lésions tertiaires de l'ombilic chez l'adulte. Par contre, chez le nourrisson, *l'ulcère gommeux syphilitique de Hutinel* est manifestement du type tertiaire, quoiqu'il s'agisse ici de syphilis congénitale.

Historique. — En 1886, Epstein signale l'ulcère de l'ombilic chez le nourrisson, mais trouve dans son enduit diphtéroïde des bacilles de Löffler.

En 1900 Necker, en 1901 Bouvier, en 1902 Bondy, publient des cas d'ulcères de l'ombilic et soupçonnent leur nature syphilitique.

En 1902, Bertherand et Mercklen, élèves de Hutinel, en rapportent une observation. C'est à Hutinel, en effet, que revient l'honneur d'avoir, en 1903, décrit minutieusement cette lésion et d'avoir démontré sa nature syphilitique. Passini en 1903 (Italie), Heller

(1910) et Hoschinger (1912) en Allemagne, en signalent également des cas. L'observation la plus récente nous semble être celle de Nobécourt et Paraf (1919); celle de Guggenheim (1922), rapportée plus haut (voir observation II) ne nous semble pas cadrer avec la description de Hutinel, elle est d'ailleurs unique dans son genre. Ces auteurs n'ont rien ajouté à la monographie de V. Hutinel et c'est à son magistral exposé que nous nous rapportons dans ce travail.

Symptomatologie

Cette manifestation rare, mais moins rare qu'on ne le pense, l'attention des observateurs n'étant pas suffisamment attirée sur ce sujet, débute 8 à 20 jours après la naissance, donc presque tout de suite après la chute du cordon.

Début. — Rien de caractéristique au début de la lésion. C'est une *rougeur*, accompagnée de tuméfaction, qui apparaît; rougeur vive qui devient vineuse. S'étend circulairement et atteint de 2 à 4 cm. de rayon. Bientôt elle s'atténue, devient violacée, blafarde, pâlit de la périphérie vers le centre et finit par disparaître. De son côté, la *tuméfaction* forme quelquefois une saillie hémisphérique. Peu marquée au début, elle atteint en quelques jours son acmé, allant jusqu'à simuler un ballonnement du ventre. Elle reste stationnaire pendant que la rougeur commence à s'éteindre. Malgré cette apparence inflammatoire, pas de réactions vives, pas de chaleur; la palpation, la

pression, l'exploration sont indolores. L'œdème, d'abord ferme, cède peu à peu et fait place à une dépression qui se transforme en ulcère plus ou moins régulier et peu profond en apparence. Mais déjà existe un puits qui creuse et s'enfonce pour devenir un cratère de 5 cm., avec 1 cm. de profondeur. Les bords sont gris jaunâtre, taillés à pic. Fond irrégulier, tomenteux. Parfois un liquide purulent ou une sérosité sanieuse, peu abondante, s'en écoule.

Période d'état. — Arrivé à cette période, l'ulcère est *atone* et évolue lentement. Malgré le voisinage du péritoine, aucune réaction ne se manifeste de ce côté-là. Au bout de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, l'ulcère se rétracte, devient irrégulier; sa bordure rouge dessine un triangle ou un losange et prend finalement l'aspect d'une fistule peu suintante et dont les anfractuosités s'explorent au stylet.

Evolution. — a) Traité à temps, l'ulcère bourgeonne et se cicatrise. Quelquefois les adhérences qui s'étaient formées creusent des fossettes au moment de la contraction des muscles abdominaux.

b) Non traité, et quelquefois malgré le traitement, l'enfant finit par succomber à une broncho-pneumonie ou à l'athrepsie. Cependant, celles-ci ne sont dues ni à la syphilis ni à l'infection locale; pendant très longtemps, en effet, l'ulcère ne semble pas influencer défavorablement la courbe du poids et l'état général du nourrisson.

Par rapport à d'autres manifestations d'hérédosyphilis, l'ulcère se comporte de la façon suivante.

Le plus souvent, le pemphigus palmo-plantaire, la pseudo-paralyse de Parrot, sont plus précoces que l'ulcère. Mais il y a des cas où l'ulcère est le premier en date. Dans ce cas, les autres signes d'hérédosyphilis ne tardent pas à paraître. Cependant, il fut des cas où *l'ulcère restait la seule manifestation syphilitique*, et l'on conçoit tout l'intérêt que présente dans ce cas pour l'avenir du petit malade un diagnostic précis et le traitement qui en découlerait.

Anatomie pathologique. — L'examen macroscopique et microscopique de la lésion est ici particulièrement important, car il permet de la classer. Abstraction faite de l'aspect clinique, c'est en effet sur les résultats nécropsiques que nous nous basons pour rattacher l'ulcère en question au type tertiaire.

On trouve, suivant Hutinel, à l'autopsie :

Macroscopiquement : Un péritoine sain. Artère et veine ombilicales quelquefois épaissies et jaunâtres. A la section transversale de la région ombilicale, au-dessus, au-dessous et au centre, on trouve une *infiltration gélatiniforme* des tissus; pannicule adipeux modifié; muscles droits pâles et altérés. Aux bords de l'ulcère, *noyaux jaunes de nature gommeuse*.

Microscopiquement : Autour du foyer, artérioles épaissies; traces évidentes d'endartérite et de péri-artérite. Véritables manchons de cellules rondes. Leucocytes plus ou moins altérés. Cet infiltrat ne pourrait être considéré comme banal, car on note entre les artères ombilicales ou le long de la veine ombilicale

des *noyaux gommeux*, parfaitement caractérisés. Par ailleurs, l'examen des autres organes (os à moelle grise, rein gommeux, lésions à la rate, au testicule, etc.) est également en faveur de la nature tertiaire des lésions.

Cependant, il faut le dire, Nobécourt et Paraf ne retrouvent pas ces lésions anatomiques caractéristiques (voir ci-dessous observation VIII) chez leur petit malade. Mais l'apparition tardive de l'ulcère (35^e jour) rapproche peut-être ce cas de celui de Guggenheim, où la lésion apparut encore plus tard (40^e jour de la naissance) et que nous rattachons à la syphilis primaire.

Nous verrons, dans le chapitre suivant, quelles hypothèses pathogéniques ces faits permettent d'émettre, et contentons-nous de publier ci-dessous, sans conclure, une des observations les plus typiques de Hutinel et celle, la plus récente, de Nobécourt et Paraf.

Observation VII

HUTINEL V. *La Syphilis*. 1903.

« René M..., né le 28 janvier 1902, est apporté aux Enfants Assistés le 18 février suivant. C'est un enfant de médiocre apparence, qui pèse 3 kg. 300. Il a du coryza purulent, un nez en lorgnette, une légère craniomalacie et de l'érythème fessier. Le diagnostic

de syphilis héréditaire semble donc certain. Ce qui frappe le plus, c'est une rougeur et un gonflement d'apparence phlegmonneuse, formant un cercle autour de l'ombilic et s'étendant à 4 cm. dans tous les sens. Cette tuméfaction n'est ni chaude, ni douloureuse au palper; elle n'est pas limitée par un bourrelet comme un érysipèle, et il n'y a pas de fièvre. Au centre, on voit une petite ulcération légèrement suintante. Deux jours après, le cercle rouge s'est un peu rétréci, tout en restant saillant et dur; mais l'ulcération s'élargit et se creuse. Le 23 février, l'ulcère ombilical est plus large encore et plus profond; le bourrelet qui l'entoure est toujours dur, rouge et surélevé; pas de fièvre. Le coryza persiste, des papules très nettes se dessinent sur les fesses. Les jours suivants, la rougeur péri-ombilicale prend graduellement une teinte livide; au centre s'est creusé un cratère jaune, noirâtre, sanieux; quelques plaques rouges apparaissent sur l'abdomen. Le 3 mars, à la place de l'ombilic, on voit un ulcère en forme de puits dont les bords, taillés à pic, et le fond sont recouverts d'un exsudat grisâtre. Les bords sont indurés et violacés; le diamètre est d'un centimètre et demi, la profondeur de 11 à 12 millimètres.

Le 7 mars, l'ulcère a pris l'aspect *franchement gommeux*, il s'est encore agrandi et son fond reste jaunâtre. Les bords sont à pic; mais l'infiltration périphérique est moindre et perd peu à peu son aspect phlegmonneux. Le 10 mars, l'ulcération garde ses principaux caractères, mais sa forme se modifie; elle tend à devenir quadrilatère, de ronde qu'elle était; le fond reste large; mais l'orifice cutané s'est ré-

tréci. Le 14 mars, la température, absolument normale jusque-là, monte tout à coup à 38°2; la respiration s'accélère, l'enfant tousse et une broncho-pneumonie se déclare. La mort a lieu le lendemain, à 5 heures du soir. »

Observation VIII

NOBÉCOURT et PARAF. *Archives de la Médecine des Enfants*. 1919.

« B... Jean est né le 27 décembre 1918, à la fin du 7^e mois de la grossesse, pesant 2.830 gr. Il est allaité par sa mère pendant 4 jours; puis il en est séparé et est nourri à la crèche avec du lait de nourrice. La mère, âgée de 18 ans et demi, a eu une congestion pulmonaire deux ans auparavant. Elle tousse depuis cette époque, maigrit, se fatigue. Actuellement, elle a des signes de tuberculose pulmonaire chronique avec caverne du sommet gauche; ses crachats contiennent des bacilles de Koch. Elle n'accuse aucun antécédent syphilitique, mais le sang donne des réactions de *Wassermann* et de *Hecht* fortement positives.

Quand nous voyons le bébé, le 1^{er} février 1919, à l'âge de 36 jours, il pèse 2.500 gr., est maigre, cachectisé; il a le facies et l'aspect d'un athrepsique. Il présente de l'érythème fessier érosif, ulcéreux par places; certaines érosions remontent le long de l'anus qu'elles fissurent. Il a des vomissements alimentaires

fréquents, les selles sont panachées, jaunes et vertes. Depuis la veille est apparue, au niveau de l'ombilic, une petite ulcération sans grands caractères. Il n'y a pas de fièvre. L'ulcération creuse rapidement, et, au bout de 2 ou 3 jours, revêt un aspect caractéristique : les bords sont taillés à pic, la profondeur est d'environ 5 mm., le fond grisâtre et légèrement sanieux. Elle repose sur une zone inflammatoire rouge vineuse, épaissie, sans bourrelet périphérique, de la dimension d'une pièce de 1 franc environ. Il existe peu d'adhérences au plan profond. On trouve quelques petits ganglions inguinaux et axillaires sans caractères particuliers. Le petit malade tousse un peu depuis 48 heures. Il a un coryza muco-purulent. *La réaction de Wassermann dans le sang est positive.* La cuti-réaction est négative. Les jours suivants, l'ulcération augmente en profondeur et en surface, l'état général devient de plus en plus mauvais, le poids diminue, la température rectale tombe à 36°-35°.

Le 4 février, nous pratiquons une injection de 2 cgr. de 914 dans une veine jugulaire externe; une friction mercurielle est répétée chaque jour. L'ulcération ne creuse plus, la zone inflammatoire est moins rouge et moins tuméfiée. Mais la cachexie progresse, il y a une légère dyspnée. Le liquide céphalo-rachidien, prélevé le 8 février, contient 0,96 d'urée par litre. Les urines renferment 21 grammes d'urée par litre. L'enfant meurt le 9 février au soir.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, l'ulcération ombilicale présente les caractères décrits plus haut et n'a aucune adhérence au plan musculaire; les vei-

nes ombilicales, oblitérées, ne paraissent point altérées, l'ouraqué est sain; le foie, gros et scléreux à la coupe. La rate, les reins, les surrénales, ne présentent pas de lésions macroscopiques. Dans les poumons, il existe de l'hépatisation des bases avec densification du parenchyme pulmonaire, et de la bronchite purulente.

Examen microscopique. — Le foie montre une infiltration leucocytaire périveineuse légère et, par places, de la sclérose jeune avec fibroblastes; *il n'y a pas de tréponèmes* après l'imprégnation par la méthode de Levaditi. Les poumons présentent des lésions de broncho-alvéolite fibrino-leucocytaire avec bronchite purulente. L'ulcération ombilicale n'offre pas de lésions très caractéristiques. L'hypoderme est infiltré d'une grande quantité de leucocytes polynucléaires et mononucléaires. Ces cellules forment un gros amas au niveau de l'ulcération et constituent une sécrétion séro-purulente. Il existe une grosse congestion des capillaires qui ont éclaté par places. Mais les vaisseaux paraissent peu altérés, sauf au niveau même de l'infiltration cellulaire que nous avons décrite, où ils sont entourés de polynucléaires plus ou moins dégénérés. »

*
**

Signalons enfin, pour être complet, les affections ombilicales où la syphilis joue un rôle étiologique probable.

1° *Certaines tumeurs ombilicales* et notamment les **nœvi angiomateux**, se voient souvent chez l'hérédosyphilitique;

2° *Les hernies ombilicales du nouveau-né*, constituant des malformations embryogéniques, quelquefois avec importantes ectasies viscérales. Fréquence de la syphilis, comme pour toute malformation;

3° *Les hernies ombilicales de l'enfant*, où l'incomplète ou tardive oblitération cicatricielle de l'ouverture ombilicale est parfois due à l'hérédosyphilis.

CHAPITRE IV

SUR LA PATHOGENIE DES LÉSIONS SYPHILITQUES DE L'OMBILIC

I. — De la transmission des tréponèmes à l'ombilic de l'adulte.

Dans les deux anciennes observations françaises de Leloir et de Fournier, concernant des chancres de l'ombilic, il s'agissait de femmes obèses, et voici en quels termes les deux auteurs précisent le mode de contamination.

« Cette fille, dit Fournier, ne fit aucune difficulté pour avouer que ce chancre était le résultat d'une contagion directe, qu'elle devait à son « *amant* », lequel était traité à cette époque pour un chancre de la verge à l'Hôpital de Midi. »

De son côté, Leloir est beaucoup plus sentencieux.

« Les rapports vénériens, dit-il dans ses leçons cliniques, quelle que soit leur nature, constituent le mode le plus fréquente de cette contamination. Sans parler

de goûts dépravés étonnants qui sont la cause de nombre de rapports anormaux, ceux-ci résultent souvent d'un préjugé bizarre, qui a encore cours dans les différentes classes de la société. En effet, nombre d'individus croient éviter la contagion en fuyant dans leur commerce l'ancre considéré comme virulent par excellence, le vagin. Réciproquement, dans d'autres cas, c'est par crainte d'infecter un objet aimé que certains sujets mâles ou femelles se livrent à des rapports anormaux. C'est ainsi que j'ai observé, il y a quelque temps, un mari atteint de chancre infectant de la verge, lequel, ne voulant pas contaminer sa femme, crut éviter cette contamination en pratiquant ses devoirs conjugaux dans un endroit assez insolite, mais que l'embonpoint de sa moitié permettait. Je n'ai pas besoin de vous dire le résultat de ce commerce, que le mari croyait justifié par l'intérêt qu'il portait à son épouse; ce fut un chancre infectant du nombril et la vérole... »

Nous concluons que, chez la femme, la contamination est directe. Mais toutes les observations récentes de chancre de l'ombilic se rapportent à des hommes. Alors? S'agit-il également de contagion directe? Faut-il voir dans la relative fréquence de chancres masculins de l'ombilic un signe des temps modernes? En tous cas, aucune des observations publiées ne permet de conclure formellement. A remarquer cependant qu'aucun des hommes contaminés n'a invoqué une contagion indirecte quelconque (par écorchure infectée, linge malpropre, bains de piscine, etc.), comme le font volontiers ces malades lorsqu'il s'agit de chancre extra-génital ou même génital.

D'autre part, il est certain que le « préjugé bizarre » dont parle Leloir en 1886 existe encore aujourd'hui, au moins dans certaines classes de la société.

II. — De la transmission des tréponèmes à l'ombilic du nouveau-né.

L'apparition d'un ulcère syphilitique à l'ombilic d'un nouveau-né permet d'envisager trois hypothèses.

1° L'ulcère est un des signes d'hérédo-syphilis précoce : il s'agit de *syphilis congénitale* (transmission de tréponèmes de la mère au fœtus pendant la grossesse);

2° L'ulcère est un accident primaire post-natal : il s'agit de *syphilis acquise* (transmission de tréponèmes après la naissance, à la plaie ombilicale, peu après la chute du cordon, par la mère syphilitique);

3° L'ulcère est dû à l'infection de l'ombilic au cours du travail de l'accouchement : il s'agit de *syphilis « intra-natale »* (transmission, au moment de la naissance, de tréponèmes retenus jusqu'ici par une thrombose spécifique de la veine ombilicale).

1° A l'appui de la première hypothèse viennent les observations de Hutinel. Le fait que l'ulcère est gommeux; qu'il apparaît du 8^e au 20^e jour de la naissance; que le Wassermann est positif dès le début; que les autres signes de syphilis congénitale préexistent, coexistent ou ne tardent pas à apparaître;

que l'on trouve à l'autopsie des lésions spécifiques avancées du foie, de la rate, des reins et des os, démontre amplement la réalité de l'infection au cours de la grossesse.

2° La syphilis acquise est-elle possible chez le nourrisson? Peut-être l'observation de Nobécourt et Paraf (obs. VIII), mais surtout celle de Guggenheim (obs. II) semblent le démontrer. L'apparition tardive de l'ulcère (35 à 40 jours), comme s'il y avait incubation; la présence de tréponèmes à l'ombilic au moment où le Wassermann est encore négatif dans le sang; la positivation de cette réaction un mois plus tard, coïncidant avec l'apparition de la splénomégalie; l'aspect même de la lésion et le défaut de lésions anatomiques caractéristiques des autres organes à l'autopsie; le fait enfin que la mère du petit malade avait une syphilis secondaire au moment même de l'accouchement, plaident en faveur de cette hypothèse. La seule objection que l'on pourrait faire (et elle est de poids!), c'est que les manifestations spécifiques, qui avaient succédé à ce supposé chancre, ne ressemblaient nullement à une roséole ou à d'autres signes de syphilis secondaire adulte, mais étaient, au contraire, identiques aux habituels signes d'hérédo-syphilis (nez « en selle », fissures péri-buccales, coryza, etc.).

3° La troisième hypothèse, qui semble *a priori* la plus fantaisiste, serre peut-être de plus près la vérité.

a) Mohn, Bondi et Gräfeberg ont remarqué que,

dans nombre de cas, pour trouver des spirochètes dans le cordon ombilical, il ne suffit pas de le couper n'importe où : il fallait en prendre la partie la plus rapprochée de l'ombilic;

b) L'artérite et la phlébite spécifiques des vaisseaux ombilicaux sont un fait pour ainsi dire courant (Manouélian, Chiarabbia), et expliquent entre autres la fréquence d'hémorragies ombilicales graves chez le nouveau-né syphilitique. La thrombose de ces vaisseaux a été également constatée et incriminée dans l'hydramnios, l'hydrocéphalie et autres malformations si souvent d'étiologie spécifique;

c) Rietschel et Guggenheim supposent que, dans la veine ombilicale altérée ou encore dans la partie maternelle du placenta, se trouve l'obstacle qui arrête les tréponèmes et les empêche de passer du sang de la mère dans le sang du fœtus pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, les barrières cèdent et les tréponèmes font irruption dans le sang directement ou en s'arrêtant à l'ombilic.

La syphilis ombilicale du nouveau-né serait dans ces conditions quelque chose d'intermédiaire entre la syphilis congénitale, contractée pendant la grossesse, et la syphilis acquise au cours de la vie : c'est la syphilis « intra-natale » acquise au moment de la naissance. Ainsi trouveraient une explication satisfaisante l'incubation de 35 à 40 jours, la présence de tréponèmes dans l'ombilic avec Wassermann d'abord négatif et devenant positif plus tard, et ainsi de suite.

Les cas observés sont trop peu nombreux pour pouvoir se faire une opinion. Mais la conclusion pratique qui s'en dégage dès maintenant, c'est qu'un nouveau-né apparemment normal peut se trouver en réalité à la période présérologique ou même à l'incubation de la syphilis. On conçoit tout le parti qu'on pourrait tirer d'un traitement spécifique appliqué immédiatement dès la naissance de l'enfant, avant toute manifestation suspecte, se basant uniquement sur l'aspect du placenta ou la spécificité de la mère.

Nous voyons aussi tout l'intérêt qu'il y a à poser un diagnostic de syphilis ombilicale aussi précoce que possible.

CHAPITRE V

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS OMBILICALE

A. — CHEZ LE NOURRISSON ATTEINT D'ULCÈRE OMBILICAL.

Au début. — Nous éliminons de ce diagnostic :

a) **Les hernies ombilicales** congénitales, tout en retenant que la syphilis prédispose à ces véritables malformations embryogéniques;

b) **Les différentes tumeurs de l'ombilic**, tout en retenant le rôle étiologique possible de la syphilis dans les cas d'**angiomes** notamment. Le diagnostic principal à discuter sera celui d'érysipèle ou d'autres omphalites infectieuses, ainsi que de la diphtérie.

1° **L'érysipèle.**

L'érysipèle aura pour lui sa rougeur avec chaleur; le bourrelet, peu marqué d'ailleurs chez le nourris-

son; le transport rapide de l'infection aux parties génitales; la fièvre, l'agitation et l'atteinte rapide de l'état général.

2° La diphtérie.

Infiniment rare à l'ombilic, elle devrait néanmoins être recherchée chaque fois qu'il y a un exsudat pseudo-membraneux. La coexistence du coryza avec jetage purulent pourrait donner le change avec l'hérédo-syphilis. La recherche de bacilles de Löffler d'une part, du tréponème et du Wassermann d'autre part, lèvera tous les doutes.

A la période d'état. — L'ulcère syphilitique une fois constitué ne pourra guère être confondu qu'avec

1° Une fistule.

Diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. Dans ce cas, écoulement d'un liquide muqueux ou de matières fécales.

2° Une gangrène de l'ombilic (Voron).

Sa zone escarifiée au centre, son cercle violacé autour avec teinte cyanotique spéciale, seraient caractéristiques. Cas rarissimes.

Le dernier mot dans tous ces cas est au laboratoire (recherche de tréponèmes), surtout si, comme il arrive quelquefois, l'ulcère est monosymptomatique, au moins pendant quelque temps.

B. — CHEZ L'ADULTE ATTEINT DE CHANCRE A L'OMBILIC.

Les erreurs de diagnostic, lorsqu'il s'agit d'un chancre, sont presque fatales. Nous éliminons de ce diagnostic les **omphalites** particulières qui se voient chez *les obèses*, dans les cas de déplissement de l'ombilic par une *ascite*, pendant la *grossesse*.

Il faut discuter, par contre :

I. — *Les omphalites eczématiformes.*

a) **L'eczéma** : le prurit, le placard rouge érosif, suintant au début. Plus tard, la croûte, au-dessous de laquelle se voient des fissures, « des puits »; la douleur surtout qui est vive, permettent la distinction clinique.

b) **Les strepto-staphylococcies** : donnent lieu à un intertrigo sec ou suintant, plus ou moins douloureux, quelquefois érosif ou même exulcéré, mais avec enduit mélicérique.

c) **Les eczématides** : ici on trouve à l'ombilic des squames grasses, souvent aussi des placards nummulaires à l'aîne et derrière les oreilles.

Dans tous ces cas, il faut se donner la peine de bien déplisser l'ombilic, surtout chez l'obèse, sujet à l'omphalite eczématiforme, mais prédisposé aussi au chancre de l'ombilic. Il faut tâcher de bien voir le mamelon ombilical, siège possible de l'accident primaire.

II. — *Les omphalites suppurées.*

Le chancre de l'ombilic suppure volontiers. Il faudra le distinguer de **l'omphalite à fuso-spirilles**,

signalée par Gougerot et Blum, d'autant plus que les spirilles pourraient être pris à l'ultra-microscope pour des tréponèmes et vice-versa.

III. — *Les omphalites spécifiques.*

On pourra discuter :

1° **Le psoriasis** et les parakératoses psoriasiformes;

2° **Le lichen;**

3° **Les sillons de la gale.**

IV. — *Les plaques muqueuses.*

Enfin, il faudra distinguer le chancre syphilitique des plaques muqueuses. On se basera uniquement sur les signes cliniques, la recherche du tréponème donnant dans les deux cas le même résultat. L'absence d'érosion, d'induration et d'adénopathie typique aideront à cette distinction. On remarquera l'absence de chancre génital ou de cicatrice d'autre chancre pour admettre le chancre de l'ombilic (à signaler pourtant les cas de syphilis sans porte d'entrée et un cas, celui de Seigneira, où un chancre de la verge coexistait avec un chancre à l'ombilic).

D'ailleurs, l'idéal serait de ne jamais avoir à hésiter entre chancre de l'ombilic et plaques muqueuses, le diagnostic de chancre devant se faire avant la période secondaire ou sérologique de la syphilis.

CONCLUSIONS

La localisation si particulière de la syphilis à l'ombilic mérite d'être mieux connue, ainsi d'ailleurs que toute la séméiologie des maladies de l'ombilic.

De la revue détaillée des lésions syphilitiques de l'ombilic, nous arrivons aux conclusions suivantes.

1° La forme la plus fréquemment observée des manifestations syphilitiques de l'ombilic est celle des *plaques muqueuses*; elles revêtent un caractère particulier du fait de la disposition anatomique spéciale de la cicatrice ombilicale.

2° Mais on peut observer *l'accident primaire*, qui est relativement exceptionnel; nous en avons réuni néanmoins 28 cas. Il est important dans tous ces cas de rechercher avec soin le tréponème dans la lésion suspecte pour déceler le chancre à son début.

3° Les caractères cliniques du chancre de l'ombilic sont :

a) Une *érosion* qui devient une véritable ulcération suintante ou purulente peu douloureuse;

b) Une *induration* très marquée, dépassant dans son étendue l'ulcération, et longue à disparaître;

c) Une *adénopathie* axillaire ou sous-pectorale, à ganglions durs, rénitents, non douloureux, quelquefois inguinale.

4° L'accident primitif peut s'observer chez *le nourrisson*; certains ulcères de l'ombilic seraient un chancre syphilitique.

5° La *sypphilis tertiaire* de l'ombilic ne semble pas avoir d'autonomie propre chez l'adulte, mais, par contre, il n'est pas rare d'en trouver chez le nouveau-né sous forme d'*ulcère gommeux*.

6° La syphilis joue un rôle dans l'étiologie de certains *noëvi angiomateux* de l'ombilic, et l'on peut se demander si l'hérédosyphilis n'est pas à l'origine de certaines hernies ombilicales, véritables malformations congénitales.

Vu : *Le Doyen*,
BALTAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BERTHERAND et MERKLEN. — « Sur une variété d'ulcère ombilical de nature syphilitique », *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1900.
- BLUM (Paul). — « Les Omphalites », *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, de Lucas-Championnière, 1930.
- BLUM (Paul). — « Séméiologie de l'ombilic », in *Traité de Dermatologie*, de Sâbouraud, etc. (Masson, éditeur, sous presse.)
- BLUM (Paul) et METZGER (Adrien). — « Chancre syphilitique de l'ombilic », *Annales des Maladies Vénériennes*, juillet 1931.
- CHIARABBIA. — « Contributio alla conoscenza della Σ ombilic (fl. prolif.) », *Annali di Ostet. Milano*, 1906.
- CULLEN. — *Diseases of the Umbilicus*, 1921.
- DARCOURT. — « Chancre syphilitique de l'ombilic », *Marseille Médical*, 1925.
- FOURNIER (Alfred). — *Chancres extra-génitaux*.
- GOUGEROT et BLUM. — « Omphalites à fuso-spirilles », *Archives de la clinique dermato-syphil. de l'Hôpital Saint-Louis*, 1930.

- GUGGENHEIM. — « Uber Nabel-syphilis der Säugling », Zeitschrift von Kiuderh., oct. 1922.
- HELLER. — « Uber Nabel-syphilis ». *Arch. für Derm.-Syph.*, 1910.
- HOSCHINGER. — « Studien über heredo-syphilis », 1912.
- HUTINEL (V.). — « L'ulcère syphilitique de l'ombilic », *La Syphilis*, t. I, 1903.
- LELOIR. — « Leçons sur la Syphilis », 1886.
- MANOUELIAN. — « Tréponème pâle et phlébite de la veine ombilicale ».
- MARFAN. — « Clinique des Maladies de la première enfance », 1928.
- MORGAGNI. — *Semeiology of Umbilicus*, 1927.
- NOBECOURT et PARAF. — « Ulcère syph. de l'ombilic chez le nourrisson ». *Archives de la Médecine des Enfants*, 1919.
- PERNET (Georges). — « Case of primary syph. chancre of the umbilicus ». *Proceed. Roy. Soc. Med.*, London, 1917.
- VORON. — « Un cas de gangrène de l'ombilic chez le nouveau-né », *Lyon Médical*, 1906.
- WOLF. — « Case of primary syph. chancre », New-Orleans, 1928.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER :	
<i>Sur la syphilis primaire de l'ombilic</i>	13
CHAPITRE DEUXIÈME :	
<i>Sur la syphilis secondaire de l'ombilic</i>	29
CHAPITRE TROISIÈME :	
<i>Sur la syphilis tertiaire de l'ombilic</i>	33
CHAPITRE QUATRIÈME :	
<i>Sur la pathogénie des lésions syphilitiques de l'ombilic</i>	45
CHAPITRE CINQUIÈME :	
<i>Sur le diagnostic de la syphilis ombilicale</i>	51
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	57

